

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE N° 616
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 23 juillet 1897, à 1 heure

Par EDOUARD WARDE

Né à Paris en 1863

L'ŒDÈME HYSTÉRIQUE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : { MM. GAUCHER, professeur.
DEL BET et WIDAL, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

15, Rue Racine, 15

1897

616

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 23 juillet 1897, à 4 heure

Par EDOUARD WARDE

Né à Paris en 1863

L'ŒDÈME HYSTÉRIQUE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : { MM. GAUCHER, professeur.
DEL BET et WIDAL, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1897

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée	CH ANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTÉLER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin honoraire des hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

L'ŒDÈME HYSTÉRIQUE

AVANT-PROPOS

La notion de l'état hystérique, que Charcot et son école ont, après de nombreuses et remarquables études, fait pénétrer dans l'esprit médical, a rendu les plus grands services à la pathologie. Elle permet de comprendre, sans pouvoirs d'ailleurs l'expliquer, la raison des modalités parfois spéciales que présentent certaines formes pathologiques et qui déroutent souvent le clinicien. Il n'est presque point, en effet, de symptôme, auquel il ne faille soupçonner l'hystérie comme *substratum*, et c'est avec raison que Sydenham a pu dire, il y a déjà bien longtemps : « C'est un véritable protéé qui se présente sous autant de couleurs qu'un caméléon ».

Néanmoins, des stigmates particuliers restent attachés à la manifestation de cette névrose, et sont la signature qui permet de la dépister. Parmi eux, une certaine caté-

gorie nous a surtout frappé. C'est celle que *Gilles de la Tourette* a si heureusement classée dans le cadre nosologique sous le nom de *diathèse vaso-motrice*. Les troubles trophiques nous paraissent d'autant plus intéressants à considérer qu'ils font rentrer la maladie dans les lois physiologiques ordinaires et lui enlèvent ainsi son cachet mystérieux.

L'œdème nous a semblé, de tous ces troubles, le plus curieux et en même temps le moins connu. Aussi, avons-nous cru bon d'en reprendre l'étude, en nous aidant des observations parues en France et à l'étranger et de celles qui nous ont passé sous les yeux.

Si nous avons réussi à éclairer tant soit peu la question, c'est surtout grâce à l'enseignement que nous avons reçu de nos maîtres dans les hôpitaux.

Nous avons un devoir pieux de reconnaissance à remplir : nous le faisons de tout cœur.

M. le Dr Hanot, dont la disparition soudaine a laissé tant de regrets à tous ceux qui l'ont connu et écouté, a guidé nos premiers pas d'étudiant dans la science qu'il enseignait avec tant d'éclat. Nous voulons rendre à ce maître distingué dont nous avons été le respectueux élève, un hommage sincère de gratitude profonde.

Nous tenons également à remercier M. le Dr Emile Boix de l'obligeance qu'il a eue de nous communiquer une observation inédite et M. Joseph Noé, préparateur au laboratoire de M. le Dr Labadie-Lagrave, à l'hôpital la Charité, qui nous a fourni quelques documents sur les vaso-moteurs et les matériaux d'une biographie plus complète.

Nous ne voulons pas oublier non plus, dans l'expression de notre sympathique reconnaissance M. le D^r Julien, chirurgien de Saint-Lazare, dont l'amabilité toujours en éveil et la sollicitude toujours en activité ont été pour nous un précieux encouragement dans nos études médicales. M. Maréchal dont nous avons apprécié les sentiments solides et sûrs d'ami dévoué.

Que M. le professeur Laboulbène veuille bien agréer nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'œdème hystérique a été pour la première fois décrit par Sydenham dans sa « *Médecine pratique* » (1).

Il s'y exprime dans les termes suivants : « l'affection hystérique ne s'en prend pas seulement à toutes les parties internes ; elle attaque aussi quelquefois les parties externes et les muscles, savoir la mâchoire, les épaules, les cuisses et les jambes ; elle y cause tantôt une douleur, tantôt une enflure dont celle des jambes est la plus remarquable.

On peut toujours observer deux choses dans l'enflure des hydropiques, c'est qu'elle est plus considérable le soir et que, quand on la presse fortement avec le doigt, l'impression y reste comme dans la cire molle. Au contraire, l'enflure hystérique est plus grande le matin, et quand on la presse avec le doigt, il ne reste aucune marque. Le plus souvent aussi, l'enflure n'est qu'à une jambe.

1. *Médecine pratique de Sydenham*, avec des notes par Juault, an VIII, 1799.

Du reste, elle ressemble tellement à celle des hydropiques soit par sa grandeur, soit par sa superficie, qu'on a bien de la peine à persuader aux personnes qu'elles ne sont pas hydropiques ».

On voit d'après cette description que l'auteur anglais n'a décrit que l'œdème blanc.

Brodie a signalé plusieurs fois le gonflement chez les hystériques. « Quelquefois, dit-il, il y a gonflement de la cuisse et de la fesse, qui est l'effet ou de la turgescence des vaisseaux ou d'une infiltration du tissu cellulaire, mais plutôt de la turgescence, car les parties ne conservent pas la trace de la pression du doigt. »

Longer Villermey raconte que, chez une femme de 50 ans, deux attaques d'hystérie s'arrêtèrent à la suite d'un engorgement douloureux, survenu aux genoux.¹

Il faut arriver à la thèse de *Martin*, en 1876⁽¹⁾ pour voir de nouveau signalé l'accident dont nous parlons.

En 1745⁽²⁾ Carré de Montgeron a rapporté des cas indubitables d'œdème hystérique, à propos desquels on trouve signalée la teinte bleue.

L'observation de la Demoiselle Coirin est un exemple de *sein hystérique*, dont la nature est parfois œdémateuse.

Peut-être, dit Gilles de la Tourette⁽³⁾, faut-il également faire rentrer dans l'œdème l'observation de Marguerite Thibaut, qui affectée d'une paralysie du côté gauche

1. Martin (Thèse de Paris, 1876: *Troubles vaso-moteurs dans l'hystérie*).

2. Carré de Montgeron (Tome I, 2^e démonstration, Cologne, 1745).

3. Gilles de la Tourette (*Traité de l'hystérie*).

d'origine hystérique, présentant en même temps une « hydropisie » de ce côté et des membres inférieurs qui guérit subitement avec la paralysie sur le tombeau du diacre Paris.

En 1880, *Damaschino* (1) en fait une bonne description à propos d'une observation des plus remarquables.

En 1883, deux nouveaux cas furent décrits par *Fabre* (2), professeur de clinique à l'Ecole de Marseille.

La même année, *Axenfeld et Huchard* (3) s'expriment en ces termes dans leur excellent *Traité des névroses* : « On peut, chez les hystériques, observer sur la peau des troubles vaso-moteurs nombreux et très variés, sous forme de congestions ou d'infiltration séreuse (œdème cutané). Cet œdème, de consistance ordinairement dure, accompagne ou suit parfois une paralysie nerveuse et peut disparaître très rapidement ».

En 1884, *Weir Mitchell* (4) rapporte trois observations nouvelles de ce symptôme qu'il croit être le premier à décrire.

En 1885, Julien Weill (5) le mentionne dans le troisième chapitre de sa thèse.

C'est en 1889 seulement que *Charcot*, dans une de ses

1. *Damaschino* (*Gazette des Hôpitaux*, 1880, p. 561 : *Des troubles trophiques dans l'hystérie*).

2. A *Fabre* (*Nouveaux fragments de clinique médicale. L'hystérie viscérale*. Paris, Delahaye et Lecrosnier, édit., p. 109).

3. *Axenfeld et Huchard* (*Traité des névroses*).

4. *Weir Mitchell* (*The American Journal of mental science*, 1884, tome 88, page 94 : *Unilateral swelling of hysterical hemiplegia*).

5. Julien Weill (Thèse de Paris, 1885 : *Œdèmes périphériques d'origine nerveuse*).

Leçons du mardi (tome I, 28 juin 1889) présente à ses auditeurs une forme nouvelle d'œdème hystérique, qu'il désigne sous le nom d'*œdème bleu*.

En 1889 également, *Gilles de la Tourette et Dutil* (1) relatent quelques observations nouvelles dans l'Iconographie de la Salpêtrière.

Un an plus tard, Charcot (2) revient sur ce sujet et compare l'œdème bleu à l'œdème blanc de Sydenham : « Je vois guère signalée, dit-il, qu'une forme de l'œdème que nous appellerons, si vous voulez, l'œdème blanc des hystériques, celui qui ressemble à s'y méprendre à l'œdème des hydropiques, moins le fait cependant, du moins dans la règle, de l'impression laissée par la pression des doigts. Je n'y ai pas trouvé, autant que je sache, de mention explicite d'une autre forme d'œdème qui, comme celui de Sydenham, est représenté par une tuméfaction ne cédant pas à la pression du doigt, mais qui en diffère par deux caractères essentiels, à savoir : 1° un abaissement de la température locale qui peut aller jusqu'à deux, trois, quatre et même cinq degrés centigrades ; 2° une coloration bleue violacée, quelquefois très foncée, quelquefois simplement lilas, des téguments, d'où cette dénomination d'*œdème bleu* que j'ai proposé d'adopter parce qu'elle frappe l'œil tout d'abord, si je puis ainsi parler. »

« Cette bourse d'œdème névropathique ne diffère

1. Gilles de la Tourette et Dutil (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* nov. 1889 : *Atrophie musculaire dans l'hystérie*, accompagnée ou non d'œdème).

2. Charcot (*Progrès Médical*, 11 oct. 1890 : *Œdème bleu des hystériques*).

point, je pense, de l'œdème hystérique déjà connu ; il n'en est qu'une variété, mais assez importante et se présentant en clinique avec des caractères assez tranchés pour mériter une description spéciale ».

Depuis ce travail de Charcot, de nouvelles et intéressantes observations ont été rapportées par Tuffier, Trintignan (1), Achanassio (2), Pitres (3), Boix (4), Thibierge (5), Mme Bertillon (6), Ern. Wills et Dudlly Cowper (7), Gajkiewicz (8), Wize (9), Cordosi (10), Thibierge (11), Cosh (12), Delacour (13), Higier (14).

1. Trintignan (Thèse de Paris, 1889. *Œdème hystérique*).
2. Achanassio (Thèse de Paris, 1890 : *Troubles trophiques dans l'hystérie*).
3. Pitres (*Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, 36^e leçon, tome 1, 1891).
4. Boix *Nouv. Incon. de la Salp.* 1891, p. 65. *Contribution à l'étude de l'œdème bleu hystérique*.
5. Thibierge (*Bull. de la Soc. franc. de Dermat.*, 10 mars 1892 : *Un cas d'œdème bleu hystérique*).
6. Mme Bertillon (*Archives de neurologie*, 1892, *un cas d'œdème hystérique*).
7. Ern. Wills et Dudlly Cowper (*Drain*, 1893, p. 182 : *neurotic œdema with a record of 5 cases*).
8. Gajkiewicz *Gaz lek.*, sept 1893 : *Un cas d'œdème hystérique*.
9. Wize (*Gaz lek.*, 1893 : *Hystérie avec œdème bleu et certains troubles de la mémoire*).
10. Cardosi (*Gazzetta degli Ospedali* 1893 : *Un cas d'œdème hystérique*).
11. Tibierge (*Société médicale des hôpitaux*, 27 avril 1894 : *Un cas de pseudo elephantiasis du membre supérieur chez une femme hystérique*).
12. Cosh (Voir dans *Revue Rouvier* (1894, p. 319).
13. Delacour (*Bull. Soc. scientifique de l'Ouest*, 1895, tome 3 : *Observation d'œdème hystérique*).
14. Higier Voir *Revue Rouvier* (30 mars 1895 : *Œdème aigu et chronique dans quelques névroses et en particulier dans l'hystérie*).

Soyez (1), Alelekov (2), Morel (3), Widal (4), Pardo (5), Verriest (6).

En nous appuyant sur les observations de ces auteurs et sur deux inédites, nous avons pu compléter le tableau clinique de l'affection qui fait le sujet de notre thèse.

Notre plan sera bien simple. Un chapitre particulier sera consacré à chacune des parties suivantes :

1. — Etiologie.
2. — Pathogénie.
3. — Anatomie pathologique.
4. — Séméiologie.
5. — Evolution et pronostic.
6. — Diagnostic différentiel.
7. — Traitement.

Notre travail se terminera par le recueil des observations, l'Index bibliographique et les Conclusions.

1. Soyez (Thèse de Paris déc. 1895: *Etude clinique sur l'œdème hystérique*).

2. Alelekov *Medicinskoïe Obozrenië*, 1896, tome XLV: *Pathologie de l'œdème bleu*.

3. Morel (*Médecine moderne*, 11 mars 1896: *Epididymite hystérique avec œdème nerveux et poussées incessantes d'erythème nerveux*).

4. Widal (Société médicale des hôpitaux, 22 mai 1896: *Ulcérations buccales œdèmes, érythèmes nerveux, orchites probablement d'origine hystérique*).

5. Pardo (Société des hôpitaux de Rome, 1896: *Un cas d'œdème hystérique*).

6. Verriest (*Journ. de Neurologie* n° 1: *Œdème chez un népropathie*).

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Les causes prédisposantes et occasionnelles de l'œdème hystérique sont les mêmes que celles des autres accidents qui surviennent au cours de cette névrose.

La femme y est plus sujette que l'homme, et l'adulte est seul à la présenter.

Les malades chez qui elle survient sont des hystériques présentant des stigmates manifestes ou des antécédents héréditaires de même nature. Beaucoup ont des signes indéniables de névrosisme et de déchéance mentale. Dans l'observation de Damaschino, par exemple, on voit une tentative de suicide. La jeune fille fut enfermée comme une folle à Rouen où elle resta cinq ans. Dans celle de Trintignan, on trouve un caractère fantasque et bizarre. La demoiselle qui en fait l'objet « aime à inventer des histoires extraordinaires, à se parer de couleurs voyantes, pleure et rit facilement ». Une autre a des cauchemars pendant la nuit (chute dans des précipices).

Le malade de M. Boix « ne connaît aucun métier et avoue avoir été reconnu incapable d'en apprendre aucun. Tout travail, dit-il, est d'ailleurs impossible. »

La plupart des hystériques qui présentent de l'œdème ont la mine colorée, indice d'un tempérament pléthorique, qui les expose à toutes sortes de congestions vasculaires, et de troubles vaso-moteurs : hémoptysies, hématuries, sueurs de sang, hyperhydrose, ptyalismes, etc.

Charcot dit à propos d'un de ses malades : « Depuis trois ans, il lui arrive aussi très souvent, deux ou trois fois la semaine, d'être pris de bouffées de sang à la tête, sans vertiges.

Cela vient aussi bien à jeun qu'après le repas, dans l'après-midi assez fréquemment. Tout à coup, il sent une bouffée de chaleur lui monter à la tête, ses tempes battent, il devient très rouge, cramoisi, violacé.

Parfois les personnes qui le voyaient dans cet état croyaient qu'il avait bu.

Cet état de congestion à la face ne s'accompagne pas de vertiges. Seulement, s'il baisse la tête dans ces moments-là, elle lui tourne quand il la relève.

Durée une heure à une heure et demie. Il a encore ses « congestions » actuellement, sa fille lui a dit plusieurs fois, que pendant son sommeil du jour (car il est veilleur de nuit), surtout lorsqu'il a eu des vertiges, il rêve, parle, pleure abondamment, il ne s'éveille jamais dans ces cas ».

Parmi les causes occasionnelles, nous pourrions citer principalement le rhumatisme, l'intoxication oxycarbonée (le malade suivi par Raymond, Trintignan, et Boix, était cuisinier), les émotions (Obs. de Damaschino, Burok, Trintignan), le refroidissement (Obs. d'Alélekoff) et le traumatisme.

Cette dernière cause était intervenue dans un cas pré-

senté par Charcot dans sa leçon du mardi 23 février 1890. La malade « portait une charge de bois. Il y avait par terre une couche épaisse de neige durcie. Elle glissa tout à coup, tomba sur la paume de la main droite en extension forcée, et en glissant laisse échapper sa charge dont un lourd morceau vient heurter le dos de la même main.

Douleur très vive dans la main et dans le dos. Pas de perte de connaissance, elle s'est tout de suite relevée sans aide (elle était seule), a repris sa charge de bois et a marché ainsi pendant une heure avant d'être rentrée à la ferme. Le soir même elle pétrit du pain. Aussitôt en finissant son travail, la main se ferma, c'est-à-dire que les doigts se fléchirent dans l'intérieur de la main, le pouce restant libre. Les jours suivant pendant 4 à 5 jours, elle continua de travailler, bien que la douleur fût assez vive et que la main se fût mise à gonfler au niveau de la face dorsale. Une ecchymose dorsale violette apparut et la gêne s'accrut. Sa main se ferma davantage au point que tout travail devint impossible. Il ne semble pas qu'on ait constaté à cette époque de fracture ni de luxation. »

L'observation inédite, que M. le Dr Boix a eu l'obligeance de nous communiquer, est encore plus démonstrative à cet égard. En effet, le malade venait d'entrer depuis un mois comme manœuvre chez un vannier. « Sa besogne, toute mécanique, consistait pendant toute la journée, à couper avec un sécateur, des tiges d'osier.

La main droite, surmenée par ce travail répété, fut bientôt prise de faiblesse et peu de jours après, se gonfla et devint bleue.

Il est incontestable que le traumatisme répété avait

joué un rôle capital dans la détermination de l'accident hystérique.

Paul Sollier dit à propos de l'œdème hystérique : « Je l'ai vu se développer chez une jeune malade, à la suite d'un traumatisme très léger et l'œdème bleu s'est produit en même temps qu'une contracture qui ne fut que passagère et à laquelle succéda bientôt la paralysie du membre avec envahissement simultané de l'anesthésie superficielle et profonde. Il disparaît en même temps que l'anesthésie et est certainement dû à une paralysie vaso-motrice. ».

Très rarement, comme dans le cas de Thibierge, cet accident peut être un trouble isolé, mais que le plus souvent il coïncide avec une arthralgie avec une paralysie ou une contracture.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE.

Vaso-moteurs.

Une révolution s'est accomplie en physio-pathologie, depuis la découverte des vaso-moteurs qui sont les agents des circulations locales. C'est eux qui règlent la distribution de la chaleur animale et équilibrent ainsi la nutrition. Les vaso-conctricteurs maintiennent les vaisseaux dans une sorte de tonus, qui prend sa source dans les nerfs sensitifs des artères ou des autres parties de l'organisme. Leur étude fut inaugurée, en 1851, par la découverte que fit Claude Bernard de « *l'action du sympathique cervical sur la calorification et la circulation* » et par l'épreuve complémentaire de Brown-Séguar.

En sectionnant le sympathique cervical chez le lapin, Claude Bernard constata dans son oreille un afflux considérable de sang avec hyperthermie et vit le sang passer avec une rapidité telle que le système veineux devenait rouge vermeil.

En même temps que Brown-Séguar, il provoqua, par l'excitation électrique du bout céphalique du sympathique sectionne la constriction vasculaire, l'anémie et l'hypothermie.

En 1858, une seconde découverte fut réalisée par l'illustre physiologiste. Ce fut celle des vaso-dilatateurs, qui remplissent une fonction inverse de celle des précédents. Il trouva que l'excitation de la corde de tympan, qui se rend à la glande sous-maxillaire, exagère la circulation de cet organe et dilate énormément ses vaisseaux. La notion de ce nouveau type de nerfs fut mise hors de conteste par les travaux ultérieurs de *Vulpian*.

Néanmoins, il fallait encore généraliser la topographie de ces nerfs dans l'économie, éclaircir leur systématisation et leur mécanisme.

On démontra d'abord la fausseté de la théorie de la péristalticité vasculaire ou de la contraction autonome émise par Ch. Legros en 1865, d'après laquelle l'action impulsive du cœur serait aidée par la progression du sang, amenée par la contraction péristaltique des vaisseaux. Avant Legros, cette idée qui était à peu près celle de Sénac et de Bichat, avait été reprise par Schiff.

On démontra que les mouvements artériels sont rythmiques, mais non péristaltiques, et qu'en tous cas cette péristalticité, si elle existait, serait combattue par la force cardiaque. Le muscle vasculaire est toujours l'antagoniste et non l'auxiliaire du muscle cardiaque.

Dastre et Morat firent encore davantage progresser la question en montrant que le système sympathique est un système mixte, dans lequel chaque cordon contient, mé-

langés fibre à fibre, à la fois des nerfs vaso-dilatateurs et des nerfs vaso-constricteurs. Cinq mémoires successifs apportèrent la vérification de ce fait de la plus haute importance. Ils avaient trait à l'innervation des vaisseaux cutanés, à la fonction vaso-dilatatrice du nerf grand sympathique, aux vaso-dilatateurs de l'oreille externe et du membre inférieur, à l'influence de l'état du sang sur l'appareil nerveux de la circulation.

Cette juxtaposition explique la variété des résultats obtenus chez des espèces différentes et chez un même animal. En effet, les centres toniques ou, en d'autres termes, les origines médullaires des deux sortes de fibres étant distincts les uns des autres, on comprend que leur excitabilité respective soit susceptible de variation, au point même de pouvoir être renversée dans certaines circonstances.

Ces recherches établissaient bien l'unité de l'appareil nerveux de la circulation. Le système sympathique est réellement le seul régulateur de la circulation, le nerf de la vie de nutrition, le nerf de la vie organique ou involontaire.

Les ganglions qui composent cette chaîne se comportent comme des *centres nerveux excito-réflexes*. Ce pouvoir tonique et réflexe a été démontré par les ganglions périphériques, cervical supérieur, cervical inférieur et sous-maxillaire.

Mais ils jouissent, en outre, d'un rôle inhibitoire.

Comment, en effet, l'excitation d'un nerf vaso-dilatateur peut-elle amener le relâchement d'un vaisseau ?

Ce n'est point en agissant sur les muscles ou sur les

tissus voisins, mais bien en inhibant le nerf vaso-constricteur qui le cotoie. Cette action d'arrêt ne peut se comprendre que grâce à l'intermédiaire d'une cellule nerveuse. Or, précisément, les ganglions périphériques sont les amas cellulaires, ayant pour fonction de mettre en rapport les constricteurs et les dilatateurs. C'est en eux que s'engendre l'action inhibitoire, *l'interférence nerveuse*, d'après Claude Bernard.

Ces notions préliminaires de physiologie étant données, nous pouvons envisager brièvement les troubles vasomoteurs qui surviennent chez l'hystérique.

Troubles vasc-moteurs.

Un grand nombre de faits mettent en évidence, à des degrés les plus divers, le déséquilibre des circulations périphériques et locales. C'est ainsi qu'on voit souvent la face devenir pâle, après une période de rougeur passagère.

Sydenham avait noté, chez les individus nerveux, ces alternances de rougeur et de pâleur, et avait remarqué le refroidissement des extrémités et les sueurs générales ou partielles. Quelquefois, ces troubles congestifs sont plus profonds et peuvent aller jusqu'à l'éruption cutanée (ecthyma, acné, herpès, urticaire, pemphigus, phlyctène). Ils entraînent de l'hyperesthésie et une légère hyperthermie.

La phase anémique, au contraire, s'accompagne d'anesthésie et d'hypothermie.

C'est un phénomène, depuis longtemps observé, que l'absence d'hémorrhagie sur un membre anesthésique que l'on pique. D'après *Sollier* (1), il y a là une vaso-constriction manifeste et non pas seulement une paralysie vaso-dilatatoire, car le membre anesthésique paralysé a un volume moindre que celui qui est sensible. Voici l'intéressante expérience qu'il a faite. « Après avoir constaté, dit-il, que le bras d'un sujet était bien sensible et donnait lieu à une hémorrhagie quand on le piquait, j'anesthésie ce bras complètement et le pique de nouveau ; aucune hémorrhagie ne se produit plus. Je n'ai cependant agi que sur la sensibilité. La perte de sensibilité amène donc de la vaso-constriction. Si je rends maintenant la sensibilité à ce membre, je peux de nouveau provoquer l'écoulement sanguin. Il y a donc un rapport manifeste entre ces deux troubles dont l'un est objectif et l'autre subjectif. »

L'absence d'hémorrhagie n'existe que pour un degré assez accentué d'anesthésie. Un faible degré n'entraîne que des troubles circulatoires des extrémités (cryesthésie, coloration souvent violacée des pieds et des mains, humidité visqueuse), qui peuvent aller parfois jusqu'à l'asphyxie locale.

Les sueurs se localisent généralement au côté gauche, parce que, dit *Sollier*, c'est le côté qui est le plus souvent anesthésique.

L'existence de ces troubles trophiques cutanés d'origine vaso-motrice a pour conséquence un phénomène

1. *Sollier* (*Genèse et nature de l'hystérie*, Félix Alcan, 1897).

bien connu, qui a été désigné sous le nom de *dermographie* ou *dermographisme*. Il a été bien étudié par Féré et Lamy (1), Gull (2), Zenker (3), Dujardin-Beaumetz (4), Ducamp (5), Mesnet (6), Féréol (7), Raymond (8), Cornu (9), Chambard (10), Delbœuf (11), Guimbail (12), Châtelain (13), Choupe (14), Barthélemy (15), Alekoff (16), Clément (17).

1. Féré et Lamy (*Nouv. icon. de la Salp.*, 1889, tome 2: *La dermographie*).
2. Gull (*Guy's hospital R'p.*, 1859 : *On fuditions urticaria*).
3. Zenker (*Berlin. Klin. Woch.*, 1875 : *Über zarter Falle von vasomotorischen Neurosen*).
4. Dujardin-Beaumetz (*Union médicale*, tome XXVIII, 1878 et 1879 : *Note sur les troubles vaso-moteurs de la peau observés chez une hystérique*).
5. Ducamp (*Montpellier médical*, 16 oct. 1879 : *Dermographie chez une hystérique*).
6. Mesnet (*Revue de l'hypnotisme*, 1889, p. 321 : *Autographisme et stigmates*).
7. Féréol (*Soc. méd. des hôp.*, 21 nov. 1890 : *Dermographie ou autographisme*).
8. Raymond (*France médicale*, 5 déc. 1890 : *Etat dermographique de la peau*).
9. Cornu (Thèse Paris, 1890 : *Contribution à l'étude de la dermographie, l'urticaire graphique provoquée*).
10. Chambard (*Soc. Médic. Psych.*, 1887 : *Un cas d'érythrasma avec autographisme*).
11. Delbœuf (Voir *Revue Rouvier*, 1892).
12. Guimbail (*Ann. de psych. et d'hypn.*, 1891 : *La dermographie*).
13. Châtelain (*Journ. des mal. cut. et syphil.*, 1891, tome 3, p. 547 : *Pseudo-urticaire démographique*).
14. Choupe (*Société de Biologie*, 1891 : *Dermographie face*).
15. Barthélemy (*Progrès Médical*, janv. 1893 : *Etude sur le dermographisme*).
16. Alekoff (*Revue neurologique*, 1895 : *Dermographie très accentuée*).
17. Clément (*Revue de Dermathologie*, 1882 : *Dermographie*).

Quand, avec un instrument à pointe mousse, on trace un trait sur la peau de la malade, on voit apparaître, au bout de quelques secondes, une traînée rouge, qui après un certain laps de temps, fait place à une saillie blanche dont le relief s'accuse de plus en plus. Ou bien c'est tout le contraire qui a lieu.

Zunker (1876) a rapporté deux cas dans lesquels il produisait à volonté des papules d'urticaire au moyen de l'ongle ou d'une pointe mousse.

Renaut (1), de Lyon, a merveilleusement défini les liens qui mènent de la *congestion vasculaire* à la *gangrène*, en passant par l'*œdème* et l'hémorrhagie. Il dit à propos d'un homme hystérique : « Quand on trace une ligne sur la peau avec l'ongle ou un crayon moussé, ce n'est pas une simple « raie méningitique » qui surgit; c'est un large ruban rose qui, en même temps qu'il s'élargit par sa périphérie, devient par son centre œdémateux et ortié. La raie tracée sur la peau, devient bientôt saillante et fait relief sur le tégument par œdème rapide du derme. Puis le liquide de cet œdème, emprisonne dans les mailles inextensibles du derme, comprime les vaisseaux qui lui ont donné naissance, et l'axe de la raie devient le siège de ce que j'ai appelé « l'œdème anémique », tandis qu'à droite et à gauche continuent à se produire des nuages congestifs. Cette sorte d'urticaire traumatique est prurigineuse et suscite à distance des papules ortiées. Quand à la longue, elle s'est effacée, on peut la faire

1. Renaut (*Médecine moderne*, 20 février 1890 : *Sur une forme de la gangrène successive et disséminée de la peau, l'urticaire gangréneuse*). (Voir aussi art. sur *dermatose*, in *Dict. encycl. des sciences médicales*).

apparaître le lendemain par une simple friction légère de la peau.

« Nous savons très bien actuellement ce qui se passe lors de la formation d'une lésion ortiée quelconque. Au début, une paralysie subite des artérioles commandant les cônes vasculaires de la peau ouvre, dans la sphère de distribution de l'artère, une aire de pleine circulation : d'où *la rougeur*.

Dans cette aire de pleine circulation, le cours du sang se ralentit par insuffisance du débit des veinules qui y correspondent ; d'où *diapédèse large aboutissant à l'œdème congestif*.

Les espaces interfasciculaires du derme étant inextensibles et le liquide de l'œdème exudé sous pression ne pouvant les déployer pour y prendre place, ce liquide s'y accumule avec une tension croissante autour des vaisseaux. Quand cette tension est devenue égale et de signe contraire à la tension du sang dans les vaisseaux, ceux-ci s'aplatissent et leur lumière s'efface par contre pression, d'où *œdème anémique* à l'aspect exsangue du centre de la papule ou de la raie ortiée.

Dans ces conditions, on voit même parfois l'épiderme céder à la haute pression intradermique propagée dans tous les sens : d'où l'urticaire bulleuse, qui n'est point rare.

Si, dans les cas d'urticaire vulgaire, les lésions ortiées n'étaient pas, comme on l'observe effectivement, ou tout à fait ou relativement éphémères l'œdème anémique aurait une autre conséquence : la *gangrène* superficielle, arrondie, siégeant dans la portion de la peau voisine du

corps muqueux, laquelle ne peut subsister qu'au prix d'une irrigation soutenue, comme l'indique l'énorme développement de ses réseaux capillaires en bouquets ».

Grâce à ce savant exposé anatomo-pathologique, nous pouvons comprendre la filiation des troubles trophiques cutanés : rougeur, urticaire factice ou dermatographique ; bulle de pemphigus, œdème, ecchymose, hémorrhagie dite spontanée, gangrène.

La phase intermédiaire se produit d'après le processus suivant : « Il y a des jours, dit M. Renault, où une raie tracée avec l'ongle ou un bout d'allumette détermine un œdème congestif si intense au point touché que la diapédèse intense qui en résulte donne lieu à une *hémorrhagie* élective. Avec les globules blancs, il en passe un grand nombre de rouges ; et quand l'œdème congestif, puis anémique se sont effacés, on trouve à la place de la raie *ecchymotique*. La stigmatisation est alors complète. »

Tel est le mode de constitution des ecchymoses et des hémorrhagies de la peau dites spontanées, et des sueurs de sang.

Chauffard a cité une hystérique de 22 ans dont les pommettes et l'épigastre étaient recouvertes d'une sueur rouge abondante, pendant des attaques qui duraient 24 à 36 heures.

Grasset a rappelé le cas de *Parrot* qui, durant les convulsions, vit des gouttelettes de sang apparaître aux reins, aux doigts, aux coudes et aux cuisses.

Sollier (1) a, dans plusieurs observations, remarqué

1. Sollier (*Genèse et nature de l'hystérie*. Alcan, 1897).

un piqueté sanguin à la suite de retour à la sensibilité, ou d'attaques convulsives avec congestion de la face et dyspnée par suite de spasmes du cou.

Dans tous ces cas, c'est à la suite des efforts et de l'hypertension vasculaire consécutive que surviennent les ecchymoses. Mais, assez souvent, elles apparaissent spontanément, indépendamment de tout traumatisme, et sous la seule influence de l'auto-suggestion.

Le pôle provocateur de l'état hypnotique et des suggestions à l'égard de ces extravasations sanguines est merveilleusement exposé, et de la façon la plus intéressante, dans le savant *Traité de l'hystérie* de M. Gilles de la Tourette. Nous engageons le lecteur à s'y reporter (1).

Non seulement la peau, mais toutes les muqueuses peuvent être le siège de congestions et d'hémorrhagies.

On sait combien sont fréquentes la congestion conjonctivale, les métrorrhagies, les épistaxis, les hématomèses, les hémoptysies, la pituite hémorrhagique (2).

Le revêtement épithélial ou endothélial de la peau et des muqueuses, ainsi que leurs glandes subissent des transformations. On sait que les grandes hystériques ont la peau sèche et terreuse. La sialorrhée, la galactorrhée avec gonflement du sein et la diarrhée sont assez fréquentes.

1. Nous pourrions encore citer un certain nombre de troubles trophiques, tels que la *chute des ongles* (Raymond, *Journ. de med. et de chir. prat.*, 10 déc. 1895), qui n'est d'ailleurs pas rare dans les affections chroniques du système nerveux, surtout le tabes et la syringomyélie.

2. Mathieu (24 janv. 1896. *Pituite hémorrhagique des hystériques*).

Söllier a signalé, quand il y a perte ou retour de la sensibilité, une véritable desquamation, analogue à celle des fièvres éruptives ou de l'érysipèle.

La dysménorrhée et l'entérite pseudo-membraneuse peuvent être de la même nature.

Pathogénie de l'œdème.

Tous les faits, exposés dans le paragraphe précédent, montrent qu'on avait eu tort, en présence d'un trouble trophique, d'éliminer d'emblée l'hystérie. Cet état morbide n'est nullement incompatible avec les troubles trophiques. C'est ce qui ressort des remarquables travaux qui ont été effectués par l'Ecole française sur les vaso-moteurs et leur rôle dans les circulations périphérique et locale.

L'œdème hystérique lui aussi, relève d'un véritable désordre d'innervation de l'appareil vasculaire. Les modifications de la température et de la sensibilité locales, la coloration violacée ou bleue qui l'accompagnent en sont les preuves suffisantes.

On sait combien sont fréquents les œdèmes qui reconnaissent pour cause un trouble de l'innervation (œdèmes névro-vasculaires). Ils existent dans les maladies (avec lésions) du système nerveux périphérique comme dans celles du système nerveux central. Mais ils se manifestent également dans les névroses et dans certaines intoxications. Leur allure clinique est toute particulière.

Ranvier a montré expérimentalement l'influence des nerfs sur la pathogénie de l'œdème, en prouvant que la ligature des veines est incapable de provoquer des œdèmes. Il faut en même temps sectionner les nerfs correspondants.

De même, *Roger et Josué* (1), en pratiquant la ligature des trois veines auriculaires du lapin, ont constaté qu'il ne se produit pas d'œdème. La section simultanée des nerfs sensitifs ne modifie pas le résultat, mais l'extirpation du ganglion cervical supérieur du grand sympathique provoque un œdème qui, déjà manifeste une demi-heure après l'opération, disparaît au bout de deux ou trois jours.

M. le Dr Alb. Mathieu avait aussi nettement affirmé (2) l'influence nerveuse dans la production des œdèmes.

Vulpian avait aussi, dans les affections des centres, distingué l'œdème précoce et fugace des premiers jours qui est évidemment d'origine nerveuse de l'œdème tardif par stase que l'on observe aux périodes ultimes.

Dans une revue générale sur les pseudo-lipomes, *Milian* (3) a montré comment l'érythème simple peut successivement constituer l'urticaire et l'œdème, et comment ce dernier évolue vers le lipome quand il est d'origine nerveuse, vers la sclérose lorsqu'il est inflammatoire.

1. Roger et Josué (Société de Biologie, 27 juillet 1895).

2. Mathieu (*Arch. gén. de méd.*, 1884 et 1885).

3. Milian (*Gaz. des hôp.*, 9 novembre 1895. *Pseudo-lipomes et lipomes multiples*).

Pour ce qui est de l'œdème hystérique, il se produit ou non une vaso-dilatation active, mais une *paralysie vaso-motrice des vaisseaux qui irriguent les parties atteintes*. C'est à cela qu'est due leur congestion intense.

Si la paralysie n'est que passagère, la peau, qui était rouge, devient violacée.

Si la paralysie persiste quelque temps, on a une teinte bleue tenace, qui donne à l'affection que nous étudions son aspect caractéristique.

Avant l'apparition de cette teinte asphyxique, il se passe une sorte de syncope locale, qui est l'indice de la paralysie vaso-motrice. Si cette syncope passe inaperçue en raison de sa rapidité, elle a alors pour cause le spasme des vaisseaux.

Dans ce dernier cas, le sang est chassé des extrémités, qui deviennent alors pâles et insensibles. Puis, après une réaction parfois douloureuse, le sang revient. Ou bien, la réaction n'est que partielle, et alors à la pâleur succèdent la rougeur, puis la teinte bleutée, puis la légère suffusion œdémateuse concomitante.

Ces faits ne sont en somme qu'un degré moindre et plus fugace de ce qui se passe au début de la *gangrène des extrémités ou maladie de Raynaud* et de la *paréso-analgésie de Morvan*.

Ils peuvent aussi être rapprochés des symptômes *syringomyéliques*. Toute la différence est que la moëlle est le siège, dans ce dernier cas d'une altération organique persistante et dans l'*œdème bleu*, d'un trouble fonctionnel passager.

Quelle est la cause de ce trouble ? On ne le connaît pas encore. *Trintignan* l'attribue, dans sa thèse, à l'*exagération du pouvoir excito-moteur de la moëlle*. « Cette exagération de la fonction automatique ou spinale, dit l'auteur, est le fond de la grande névrose. »

Elle seule peut expliquer la disproportion du degré des causes excitatrices et la grandeur des effets obtenus. C'est ainsi qu'un frôlement de la peau, un souffle même peuvent déterminer une forte contracture, ne disparaissant que fort longtemps après.

Les causes des réflexes, chez l'individu sain exagèrent leurs effets chez l'hystérique.

L'impression de froid sur la peau, par exemple, amène normalement de la constriction vasculaire avec pâleur anémique, qui est bientôt suivie de légère anesthésie, hypothermie et coloration bleutée. La réaction consécutive, consistant dans la dilatation vasculaire réflexe, fait rentrer tout dans l'ordre ; tandis que, chez l'hystérique, cette réaction est lente à se faire, en vertu de l'hyperexcitabilité médullaire, et ainsi se forme l'œdème bleu.

L'anesthésie qui existe dans l'hystérie n'empêche pas l'action réflexe. En effet, elle est purement psychique, et la sensation est réelle, quoique non perçue par le cerveau. Aussi, la pupille se dilate-t-elle, lorsqu'on pince la région œdémateuse. La chloroformisation, en paralysant les centres médullaires, fait par cela même disparaître la coloration violette de la main, et revenir la température normale.

Hallion et Comte (1) ont prouvé que les réflexes bulbo-

1. Hallion et Comte (Soc. de Biologie, 1894).

médullaires se produisent parfaitement chez les hystériques, quand on pique la partie anesthésiée de la peau.

La brusquerie de la disparition des accidents est encore en faveur de l'exagération de la force excito-motrice de la moelle. En effet, cette force doit nécessairement s'épuiser et c'est alors que cesse la contracture vasomotrice.

En résumé, dit Trintignant, « les phénomènes vaso-moteurs et trophiques ne sont pas autre chose qu'une action réflexe et exagérée due à une hyperexcitabilité spéciale de l'axe médullaire ». Nous ajoutons que cette hyperexcitabilité, elle-même tient peut-être à la diminution du pouvoir inhibiteur de l'écorce cérébrale.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons déjà vu comment Renault expliquait la diapedèse aboutissant dans un cas à l'œdème congestif et dans l'autre à l'œdème anémique, phénomènes qui se traduisent en clinique par l'œdème bleu et l'œdème blanc.

Néanmoins, cette étude anatomo-pathologique est très incomplète, et l'insuffisance de nos connaissances tient sur ce point que les auteurs n'ont pu faire faire l'autopsie des sujets ayant eu l'œdème bleu. *M. Alelekof* (1) a eu la rare occasion d'en faire une. Aussi, nous permettrons-nous de citer textuellement le résumé que la *Médecine moderne* (n° du 17 octobre 1896) donne de son travail.

« A l'autopsie on pouvait déjà constater à l'œil nu que les artères du membre malade étaient notablement rétrécies, tandis que les veines de ce côté étaient un peu dilatées. Cependant, la dissection minutieuse n'a permis de relever nulle part un obstacle au courant sanguin dans les vaisseaux de tout le membre. Il n'y avait pas de cou-

1. Alelekoff *Meditsinskoe Obozrenié* (1896).

che adipeuse sous-cutanée à la main gauche, le tissu cellulaire était infiltré de sérosité. L'aorte semblait un peu rétrécie. Rien dans les autres organes, sauf la tuberculose pulmonaire et laryngée.

L'examen macroscopique a permis de reconnaître les lésions suivantes : développement exagéré des cellules du noyau arciforme du bulbe ; diminution notable des cellules nerveuses et altération de leurs noyaux dans la colonne de Clarke du côté gauche au niveau des 2^e et 4^e paires rachidiennes. Dans le nerf médian on rencontre quelques fibres dégénérées ; le nombre de ces dernières augmente dans les nerfs de la peau. Les vasa-nervorum sont dilatés. Les gros troncs vasculaires du bras sont amincis ; dans les petits vaisseaux il y a un gonflement et souvent décollement de l'endothélium ; la tunique moyenne devient homogène, dans les veines cutanées la tunique moyenne est très épaissie, les petites veinules sont souvent thrombosées et oblitérées ; les valvules sont souvent épaissies et proliférantes. Dans le tissu cellulaire périsvasculaire on observe souvent des extravasa. Les vasa-vasorum sont parfois oblitérés et leurs parois très altérées. Les lymphatiques sont tous très dilatés. La peau prise au-dessus de la région œdématiée a des nerfs dégénérés, des vaisseaux sanguins sclérosés, des lymphatiques, et des capillaires dilatés ; les vaisseaux cutanés ont parfois leur lumière complètement oblitérée. Les cellules de la couche malpighienne sont très pigmenteuses. Il n'y a pas de bacilles de Koch dans la peau, les vaisseaux, les nerfs.

M. Alelekoff considère, d'accord avec les au-

teurs, toutes ces lésions de stase veineuse et de névrite par trouble de nutrition comme consécutives au spasme des artères, qui est, lui, de nature hystérique. »

CHAPITRE V

SÉMÉIOLOGIE.

Dans l'œdème hydropique ordinaire, la peau est *molle*, *pâle* et *translucide* et garde l'empreinte du doigt qui la déprime. La piqûre en fait sourdre un liquide clair contenant de l'albumine, du chlorure de sodium, etc...

Aucun de ces caractères ne se présente dans l'œdème hystérique.

1° Il est *dur*, et quand on le presse fortement avec le doigt, on n'y laisse pas ou presque pas d'empreinte.

2° *Les piqûres in situ ne laissent pas sourdre de sérosité.* Cette absence d'infiltration liquide différencie l'œdème hystérique de tout autre œdème, ayant des apparences semblables. Dans deux cas cités par Gilles de la Tourette (*Traité de l'hystérie*), l'incision ne fit sortir que du sang mort.

3° *La teinte des téguments est* BLANCHE, *rosée ou rouge mais plus souvent* BLEUATRE, *ou violacée.* La première forme constitue l'œdème blanc de Sydenham, la seconde l'œdème bleu de Charcot.

La teinte est susceptible de varier suivant l'époque de la maladie ou suivant le moment considéré. Mais généralement, la coloration reste la même pour un même individu.

La coloration bleu-violacée est parfois très foncée, parfois simplement lilas. Elle est parsemée de marbrures d'une coloration lie de vin.

Une forte pression fait remplacer la teinte bleutée par une coloration blanchâtre, et parfois rougeâtre qui s'accompagne alors d'hyperthermie.

La conservation de l'aspect normal des téguments est une exception.

4° *L'œdème hystérique est le plus souvent unilatéral*, ainsi que l'avait déjà montré Sydenham; mais il peut être aussi bilatéral, ou généralisé, ou disséminé. Le cas de *Fabre* rentre dans cette seconde catégorie : la malade recevait des compliments sur sa bonne mine alors qu'elle se plaignait de sa bouffissure douloureuse.

5° *La siége a lieu quelquefois au visage mais le plus souvent aux membres.*

6° Comme l'ont dit Gilles de la Tourette et Dutil « l'œdème se superpose presque toujours à une contracture ou à une paralysie d'un membre », soit que ces manifestations de la névrose existent déjà, soit qu'elles apparaissent en même temps que lui.

7° Il est *régulier* et envahit toute la circonférence d'un membre, dont le diamètre peut augmenter de plus de cinq centimètres. Cependant, dans l'observation de *Damachino*, on remarquait au niveau de la malléole externe de la jambe gauche « une tuméfaction de la grosseur

d'un œuf, d'une couleur violacée, due à une localisation plus spéciale de cet œdème ». C'était là une exception rare.

Sur les extrémités, il s'affaiblit insensiblement par en haut, jusqu'à ce qu'il vienne se perdre au pourtour d'une jointure ou vers la racine du membre sans démarcation bien tranchée.

8° Sydenham avait dit qu'à l'inverse de l'œdème hydro-pique, l'œdème *hystérique* était plus intense le matin que le soir. Cette règle n'est pas constante. *Les paroxysme influent plus que tout autre cause sur ses variations de volume.*

9° Lorsque la main est le siège de l'œdème, les mouvements des doigts sont impossibles par suite des adhérences qui se sont faites au niveau des articulations.

10° *Il y a abaissement de la température locale* (pouvant aller jusqu'à 5°) sauf dans le cas d'œdème rose ou rouge, où elle est augmentée. C'est ainsi que dans l'observation de Damaschino, le thermomètre marquait 37°5 dans le creux poplité gauche (côté malade) et 30° du côté droit.

Chez une malade de Charcot, la température de la main gauche saine s'élevait à 28°5, celle de la main droite malade à 24°3.

Dans l'observation de Boix, on voit une différence de 6°5 entre la main saine et la main malade, le 12 décembre 1890. Mais le lendemain, la première présente 24°6 et la seconde 34°4. Il y avait entre les deux une différence de 9°8. « Voilà donc, dit l'auteur, entre les températures extrêmes de la main malade un écart de 16°4. Cette élévation de température ne s'est accompagnée d'aucune exa-

gération de la rougeur. Chose remarquable, le centre de la face dorsale de la main, point culminant de l'œdème, qui est d'ordinaire le point le plus froid de la main, présente à ce moment d'hyperthermie une température plus élevée de quelques dixièmes que les points voisins.

Cette élévation n'est que momentanée. Une heure après, nous retrouvons la main œdématiée plus froide que l'autre. Le malade appelle cela un *coup de folie de sa main*.

Il n'a aucune conscience de ces changements de température. Il n'éprouve, dans la main, ni élancements, ni battements, ni chaleur; il ne s'aperçoit de la différence de température que s'il touche sa main avec la saine.

Alélékoff a étudié les rapports entre les changements de la température extérieure, de la température générale du corps et locale de la main atteinte. Avant l'apparition de la période fébrile de la tuberculose, l'auteur a constaté une diminution de 0°,6 à la main droite et de 2°,6 à la main gauche, qui se comportait, par conséquent, absolument comme tout membre mort. *L'élévation thermique générale normale du soir s'accompagnait d'une élévation de la température de la main saine et d'un abaissement à la main malade.*

Il faut rapprocher ce fait de l'exagération qui se produit dans l'abaissement de la température (parfois 1 à 20), lorsque le malade sort un moment et qu'il vient de faire quelques tours de promenade. En même temps s'accroissent le gonflement et la teinte bleutée.

11° La douleur est inconstante. Elle est parfois lancinante, parfois nulle.

12° *L'anesthésie se superpose toujours aux troubles vaso-moteurs.* Cette zone d'anesthésie, qui les entoure quand ils sont circonscrits, est absolument caractéristique, et est la meilleure base d'un diagnostic sûr.

Charcot a noté la thermoanesthésie, fait important au point de vue du diagnostic différentiel.

Il est des cas cependant (tel celui de Vallet), où on constate une hyperesthésie douloureuse et superficielle accompagnée de douleurs profondes spontanées.

Nous avons également constaté de l'hyperesthésie dans une observation personnelle de sein hystérique, qui, on le sait, est un trouble vaso-moteur à rapprocher de l'œdème.

13° *La pression est généralement supérieure du côté malade.* Trintignan a trouvé une différence de 2 à 4 centimètres de mercure.

14° Du côté de l'œdème, l'amplitude des pulsations artérielles diminue et le dichrotisme disparaît.

15° Un dernier caractère, c'est qu'il apparaît et disparaît brusquement, sans qu'on puisse, le plus souvent, en savoir le motif.

16° L'apparition du syndrome peut être, à volonté, déterminée par la suggestion, en ordonnant au malade de la produire à heure fixe.

Deux localisations spéciales de l'œdème lui donnent une physionomie tellement spéciale que l'on est obligé de les décrire à part. Ce sont l'arthralgie et le sein hystérique.

Néanmoins, une étude de ces deux manifestations hystériques nous entraînerait trop loin.

Pour la première, nous dirons que le médecin doit bien prendre garde de la dépister. Sinon, il risquerait d'entretenir la maladie, en enfermant le membre dans une gouttière ou en lui appliquant des topiques divers.

Quant au sein hystérique, nous avons cru intéressant de rapporter une nouvelle observation, dans laquelle on voit bien l'influence de l'auto-suggestion sur la détermination des troubles vaso-moteurs. La préoccupation malade d'être atteinte de cancer comme sa mère, donnait à une jeune fille une augmentation temporaire du volume de son sein gauche avec hyperesthésie extrême et abaissant de la température de la main et du pied du même côté.

CHAPITRE VI

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC.

Le début est le plus souvent brusque, et s'annonce par des sensations de fourmillement et de picotement. Ainsi que nous l'avons déjà dit, il vient se greffer sur une contraction ou une paralysie préexistantes, quoiqu'il puisse aussi les précéder.

Sa marche est variable. Un des principaux caractères est d'augmenter ou de diminuer alternativement à propos des moindres circonstances, mais principalement des émotions, des époques menstruelles, etc.

Une attaque peut brusquement le faire cesser.

Aussi, sa *durée* n'est-elle pas facile à déterminer. Elle est généralement longue et l'est beaucoup plus pour l'œdème blanc que pour l'œdème bleu. Elle a été de 2 ans dans un cas de Charcot, de 5 ans et plus dans un cas de Brodie, où la contracture de l'avant-bras, à laquelle se superposait l'œdème, se termina par une atrophie des muscles.

Soyez a cité une observation personnelle où l'œdème,

après quelques alternatives de guérison s'est établi définitivement, sans amélioration depuis 2 ans.

Etant donné ces fluctuations, le pronostic est généralement favorable. Méanmoin, il faut bien se dire que l'impotence fonctionnelle de l'organe où se développe l'œdème peut lui être des plus nuisibles et qu'en tous cas, si la guérison se faisait trop attendre, les tissus pourraient subir la mortification et la gangrène.

Le diagnostic devra donc être soigneusement posé, si l'on ne veut pas voir échouer toute tentative thérapeutique.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Nous ne reviendrons pas sur les différences qui existent entre l'œdème hystérique et l'œdème hydropique. Nous les avons déjà signalées au chapitre de la *sémiologie*.

1° On a quelquefois confondu l'œdème hystérique avec le *phlegmon*, ainsi que *Charcot* (1) l'a prouvé dans une observation rapportée par Gilles de la Tourette. *Castex* (2), a décrit un cas curieux dans lequel le pied présentait un gonflement douloureux et une rougeur remontant jusqu'au tiers inférieur de la jambe. Une incision donna simplement issue à du sang noir. *Vulpian* (3) a rapporté un cas semblable.

En présence d'un gonflement d'une certaine étendue, douloureux et hyperesthésique, il faut donc être prudent, et attendre que la *fièvre* et la *fluctuation* soient absolument évidentes.

1: *Charcot* (*Leçon du mardi*, tome 1, 95 et 118).

2. *Castex* (*France médicale*, 1877, p. 674).

3. *Vulpian* (*Cliniques de la Charité*, 1879, p. 844).

De même, il faudra se rappeler, à propos du sein hystérique, que le *phlegmon du sein* est rare en dehors de la lactation, et qu'il s'accompagne rapidement d'adénite axillaire et de fièvre intense.

Il faudra se rappeler aussi les œdèmes essentiels, encore dits rhumatismaux, bien étudiés par Kirmisson (1), Davaine (2), Comby (3), Verneuil (4), Testelin (5), Cœur (6). On en a décrit trois formes : l'œdème pseudo-phlegmonieux, ou pseudo-phlegmon (Kirmisson et Guyon), l'œdème fugace rénitent non douloureux, et le pseudo-lipome sus-claviculaire (Verneuil).

Dans la première, le début est brusque, le gonflement rapide. La peau devient rouge et tendue ; mais *la fièvre ne tarde pas à se déclarer*.

L'œdème rénitent non douloureux est fugace, nettement circonscrit, apyrétique, peu facilement dépressible et élastique sous le doigt. Il apparaît et disparaît avec rapidité, mais *ne s'accompagne pas de coloration spéciale de la peau*.

Le pseudo-lipome sus-claviculaire est constitué par des tumeurs *molles*, sujettes à des alternations d'augmentation, de diminution, *apparaissant lentement*. D'après M. Potain, cette affection serait caractérisée par une infiltration séreuse et M. Verneuil s'est rallié à son opinion.

1. Kirmisson (*Progrès Médical*, 1876).

2. Davaine (*Thèse de 1879*).

3. Comby (*Prog. méd.*, 1880, p. 709).

4. Verneuil (*Gaz. heb.*, 1879. *Pseudo-lipomes sus-claviculaires*).

5. Testelin (*Thèse Paris*, 1884).

6. Cœur (*Thèse Paris*, 1887).

Les caractères que j'ai soulignés pourront permettre de distinguer trois formes d'œdème rhumatismal qui d'ailleurs, n'ont presque jamais la *teinte bleue* caractéristique de l'œdème hystérique.

Si ce dernier est blanc, et l'œdème rhumatismal rosé ou bleu, rechercher les antécédents rhumatismaux et ausculter le cœur.

Ajoutons, d'après *Davaine*, que si on pique la peau dans un œdème rhumatismal, il s'écoule le plus souvent un liquide séreux.

Quant au *pseudo-lipome* ou plutôt *pseudo-éléphantiasis névropathique* du Dr *Albert Mathieu*, il apparaît chez des individus âgés, est généralement symétrique, et envahit les jambes, les cuisses, les fesses et la région lombaire.

L'œdème hystérique, au contraire, frappe des sujets jeunes; il est unilatéral et localisé à un segment de membre.

L'affection qui prête le plus à confusion avec l'œdème hystérique c'est l'*asphyxie locale des extrémités* ou *maladie de Raynaud*, et cela d'autant plus que cette dernière ne paraît être qu'un degré plus prononcé du processus qui détermine la pression.

La première période *généralement insidieuse*, est caractérisée par les phénomènes de l'asphyxie locale (pâleur), exsanguité, insensibilité, fourmillements, sensation du doigt mort). Les parties envahies sont généralement *symétriques* et leur température s'abaisse considérablement.

La deuxième période, celle de la *syncope locale*, est celle de la réaction. Les tissus deviennent roses, et la

sensibilité revient plus accentuée à tel point que les fourmillements du début font place à de vives douleurs.

Enfin arrive la période d'asphyxie locale définitive. Les téguments sont tuméfiés, violacés et livides. La température est très basse, l'anesthésie complète, les *douleurs intolérables*.

On voit que ces symptômes présentent beaucoup d'analogie avec ceux de l'œdème hystérique, et il ne peut en être autrement, car la maladie de Raynaud est probablement provoquée par un état tétanique du grand sympathique, qui aurait pour conséquence un spasme, une contracture des artérioles.

La différence principale est que, dans ce dernier cas, le pronostic est plus grave et que la maladie aboutit à une dernière période, qui est celle de la gangrène. Voici d'ailleurs en quels termes Charcot définit le diagnostic différentiel :

« Celle-ci, dit-il, présente avec l'œdème bleu certaines relations et quelques analogies, telles que la coloration des téguments, l'anesthésie, l'abaissement de la température. Mais le siège de l'asphyxie des extrémités est au niveau du nez, des oreilles et des doigts, et toujours symétriquement, ce que nous n'avons jamais rencontré dans l'œdème bleu des hystériques. De plus, la maladie de Raynaud procède d'une façon progressive et non subite, toujours la même. Les phénomènes de syncope locale surviennent d'abord, mais l'asphyxie locale symétrique et enfin la mortification des parties. »

L'erythromélgie (1) ou paralysie vaso-motrice des

1. Cette maladie, étudiée par Graves en 1843, a fait l'objet des travaux

extrémités est facile à distinguer. Elle est de *longue durée*, s'accompagne de *douleurs brûlantes très vives d'hyperthermie locale*, et la *sensibilité n'est point* altérée. Les parties atteintes sont turgescentes, et les artères qui s'y rendent battent violemment. Les téguments sont colorés en rose vif, et non en bleu livide. Il n'y a pas de troubles trophiques et la chaleur réveille les accès.

On distingue la *cyanose congénitale* par l'exagération du trouble circulatoire sous l'influence des efforts, par l'indolence, et l'augmentation de volume de la phalange qui présente la déformation en massue.

Enfin Remak (1), et Roth (2) ont signalé dans la syringomyélie un œdème indolent avec hypothermie locale, et teinte rougeâtre ou violacée, occupant surtout le dos des mains qui sont alors *thermo-anesthésiques*.

La difficulté sera surtout quand l'hystérie s'associera chez le même individu à la syringomyélie. Charcot (3) a rapporté, un cas de ce genre.

Alors il faudra se rappeler que le caractère typique des anesthésies hystériques est d'être géométriquement disposées à la surface de la peau d'un membre ou d'un segment de membre, suivant une ligne de démarcation bien tranchée. Malheureusement, une disposition semblable se rencontre dans la syringomyélie pour les zones d'hystérie.

de W. Mikchell Cullen Sturge, Sigerson et de la thèse de Sanno's (Paris 1883)

1. Remak (*Deut. Klin. Woch.*, 1889.)

2. Roth (*Arch. f. Neurologie*, 1889; *gliomatose médullaire*).

3. Charcot (*Progrès Médical*), 11 oct. 1890, p. 262.

D'autre part, l'hystérie peut présenter la dissociation de la sensibilité qui caractérise la syringomyélie.

Chez le malade qui a fait le sujet de l'observation de Trintignan, Raymond a indiqué un signe qui est plus précieux au point de vue du diagnostic. Si on pince fortement la zone d'anesthésie hystérique, la pupille se dilate. Or cette réaction n'a pas lieu dans la syringomyélie, car il y a lésion de la moelle ou des nerfs périphériques, c'est-à-dire des centres ou des voies conductrices des actions réflexes.

Néanmoins, le signe principal est la disparition subite des accidents, qui ne peut se présenter dans le cas d'une lésion organique telle que celle qui constitue la syringomyélie.

La recherche des *stigmata* complètera le diagnostic. La *maladie de Morvan* ou paréso-analgésie présente des troubles trophiques des extrémités, qui peuvent faire penser à l'œdème hystérique. Mais il manque le *panaris* que Morvan considère comme essentiel.

Des œdèmes peuvent survenir au cours des intoxications par l'oxyde de carbone (Leudet), par l'alcool (1), de la goutte, du diabète (2), de l'impaludisme (3), ou des maladies chroniques.

L'étude des antécédents, et la recherche du syndrome de l'œdème hystérique permettront de poser un diagnostic.

Les œdèmes que Vulpian a signalés dans les paralysies

1. Lancereaux (*Leçons de clinique médicale*, 1883.)

2. Breucq (Thèse de 1881).

3. Verneuil et Merklen (*Annales de dermatologie*.)

d'origine spinale sont où précoces et alors *hyperthermiques* cachectiques et alors absolument différents.

La confusion ne pourra non plus être faite avec les *engelures* que présentent certains sujets. On se basera pour cela sur l'infiltration séreuse, l'absence d'anesthésie, d'hypothermie, etc...

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT.

Il devra être *local* et surtout *général*.

Localement, on emploiera le massage, les frictions et l'électrisation par des courants interrompus.

Néanmoins, il faudra user avec réserve de ces moyens qui pourraient stimuler le pouvoir réflexe, sur des sujets très impressionnables.

Aussi, est-il préférable de recourir au traitement général, qui est indiqué pour les autres manifestations de la névrose. Il consiste dans l'hydrothérapie et l'emploi des antispasmodiques et des modérateurs réflexes (chloral, bromures, préparations opiacées et belladonnées, etc.).

L'observation de Durot a d'autre part prouvé ce que peut la suggestion.

Celle de Charcot (1) est encore plus probante. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ses propres termes.

1. Charcot (*Progrès Médical*, 11 oct. 1890).

« ... Je commençai à essayer quelques tentatives d'hypnotisation sur la jeune Marguerite F... Dès les premières séances, je réussis à provoquer chez la malade une sorte d'état somnambuliforme, les yeux fermés, pendant lequel elle répondait aux questions et paraissait sensible à quelques suggestions. Mais cet état, qui relève du petit et non du grand hypnotisme, caractérisé par ses états séparés avec leurs signes physiques typiques, ne s'accompagnait d'aucun phénomène somatique : hyperexcitabilité neuro-musculaire, contracture somnambulique. Néanmoins, il fut possible, dès la première tentative, de faire disparaître par suggestion, la contracture dont la main droite était atteinte ainsi que le poignet. La coloration bleue et le gonflement disparaissaient également en même temps. A la première séance, on mit environ 30 minutes pour arriver à ce résultat. Il fallait d'abord faire résoudre, tant par la suggestion verbale que par le massage concomitant, la raideur du poignet. Puis, de la même manière, chaque doigt, un à un, était décontracturé. C'était loin d'être facile à obtenir, cependant le résultat cherché était atteint autant que possible. La main n'était pas bien forte, mais du moins elle était libre et la malade pouvait s'en servir.

Cette guérison se maintint quelques heures, au début. Trois heures environ après le réveil, la contracture reparaissait de nouveau et avec elle le gonflement et l'œdème bleu, dont le premier surtout ne disparaissait d'ailleurs pas complètement, à vrai dire. La première tentative eut lieu au commencement de mai 1890.

Elle fut, depuis ce temps jusqu'aujourd'hui (octobre

1890) répétée très régulièrement tous les jours On s'aperçut alors que chaque jour la paralysie se reproduisait un peu plus tard que la veille. On profita de cette circonstance et on ne cessa pas jusqu'aujourd'hui, c'est-à-dire pendant cinq mois environ, de guérir tous les matins la contracture reproduite spontanément la veille, quelques heures après la guérison par suggestion. On arriva ainsi au résultat suivant : aujourd'hui (5 octobre 1890) la main reste guérie toute la journée. Le soir, la malade se couche avec sa main libre ; le lendemain matin elle est de nouveau contracturée, violette et gonflée. Actuellement le trouble ne se reproduit pas avant deux heures ou trois heures du matin, à moins qu'il ne soit survenu pour une cause quelconque une attaque d'hystérie dans la journée, auquel cas, au sortir de l'attaque, la main est de nouveau raide et impotente, gonflée et violette.

« On continuera dans la suite à appliquer cette thérapeutique à notre jeune malade. On pourra arriver ainsi à faire durer la guérison de plus en plus longtemps et à la rendre à la fin définitive. C'est du moins un résultat qu'il est légitime d'espérer. »

Donc le traitement de choix est la *suggestion hypnotique*, quand elle pourra être employée.

OBSERVATIONS

Afin de ne pas augmenter *inutilement* le volume de notre thèse, nous ne rapporterons pas textuellement les observations reproduites dans les thèses publiées sur le même sujet en 1890, par *Trintignan*, et en 1895-1896 par *Soyez*.

Nous conseillons le lecteur de s'y reporter.

Ob̄servation

(Alelekov, *Meditjinskoïe Obozrènié*, 1896).

D'après *Médecine moderne* (17 octobre 1896).

Il s'agit d'un homme de 21 ans, sans antécédents héréditaires nerveux ou autres ; l'affection actuelle remonte à il y a trois ans et aurait débuté à l'occasion d'un refroidissement ; depuis cette époque l'aspect de la main n'a pas changé ; elle est toujours bleue, froide et œdématisée, elle est beaucoup plus faible que la main droite et est le siège de douleurs parfois violentes. Par moments, le malade a des mouvements convulsifs dans le membre atteint.

A l'examen du malade, on trouve de l'affaiblissement du sens du goût et de l'odorat, quelques contractions fibrillaires de la lan-

gue, de l'anesthésie pharyngée, du rétrécissement concentrique du champ visuel. La main malade (la gauche) pend le long du corps inerte ; tous les mouvements sont possibles mais sont très limités. Réflexes abolis aux extrémités supérieures, affaiblis aux inférieures. Force dynamométrique presque nulle au bras malade, muscles flasques et atrophiés, excitabilité électrique des muscles et des nerfs diminuée, mais sans réaction de dégénérescence.

Hémi-anesthésie thermique et à la douleur de la moitié gauche du corps ; anesthésie complète de la main et de l'avant-bras gauches ; tuméfaction, refroidissement et cyanose de cette main et du tiers inférieur de l'avant-bras ; il n'y a pas de transition entre la coloration normale de la partie sus-jacente et le teint bleu-noirâtre des régions tuméfiées ; la pression forme un godet et décolore ces dernières, mais la pâleur et le godet disparaissent rapidement. La différence dans la température des deux mains est de 4-5°. La pression le long des troncs nerveux n'est pas douloureuse.

L'examen du sang a fourni les renseignements suivants : main droite (saine) ; hémoglobine, 85 pour 100, 5.262.000 hématies et 2.400 leucocytes (1 pour 2.200) ; à la main gauche : 95 pour 100 d'hémoglobine, 4.587.000 hématies et 6.885 leucocytes (1 pour 660).

Le massage, l'électrisation, la suspension du membre malade, sont restés sans aucun effet, seuls les bains tièdes semblaient diminuer la cyanose.

Six semaines après son entrée le malade commença à tousser ; à l'examen on trouva de la tuberculose des deux sommets, avec fièvre à 39° ; l'affection évolua rapidement et emporta le malade au bout de 4 mois.

L'auteur a étudié pendant la vie du malade les rapports entre les changements de la température extérieure, de la température

générale du corps et locale de la main atteinte avant l'apparition de la période fébrile de la tuberculose, une diminution de 0°6 à la main droite et de 2°6 à la main gauche, qui se comportait par conséquent absolument comme tout membre mort. Autre fait intéressant : l'élévation thermique générale normale du soir s'accompagnait d'une élévation de la température de la main saine et d'un abaissement à la main malade. Au mois de septembre, quand le malade avait déjà régulièrement tous les soirs de la fièvre, une élévation thermique générale du corps de 2° amenait une élévation égale au membre sain, tandis qu'au membre malade la température restait sans changement ou même baissait un peu.

Observations

Presse médicale (15 juillet 1896, p. CGLXXXVIII). A la Société des hôpitaux de Rome, PARDO a relaté un cas d'œdème hystérique, datant d'un an environ.

Il s'agit d'une jeune fille de 29 ans, à antécédents héréditaires nettement névropathiques. L'œdème a débuté subitement et s'est localisé aux extrémités inférieures (pieds et jambes jusqu'aux genoux), et, d'une façon moins prononcée, aux mains. Le tégument cutané est pâle, froid et prend, par place, un aspect fortement cyanotique ; l'œdème est dur, élastique, accompagné de douleurs et de parésie des membres inférieurs. Toute parésie organique doit être exclue.

Comme symptômes généraux de l'hystérie, on notait un rétrécissement bilatéral du champ visuel, l'analgésie complète généralisée, l'abolition du réflexe pharyngé, de l'ovarialgie gauche, des céphalées, etc. On admit, néanmoins, en principe, l'existence

d'une cardiopathie, mais le traitement local et général, dirigé en ce sens, ne donna aucun résultat. On eut alors recours à la suggestion, et l'on suggéra la guérison de la jambe droite; quelques jours après, cette jambe revint à l'état à peu près normal.

Arckangeli a vu un cas d'œdème¹ bleu, survenu après un érysipèle, chez une malade qui présentait un rétrécissement du champ visuel. On arriva à la guérir par la suggestion et l'application d'un bandage compressif.

Sciamana fait remarquer que le caractère principal des œdèmes hystériques est d'être passager.

Pardo réplique qu'on connut des cas d'œdème hystérique dont la durée a été de plus de trois ans.

Observation (inédite).

Communiquée par le Dr Emile Boix.

Le 22 décembre 1894, entre à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Brouardel, suppléé par le Dr Gilles de la Tourette, le nommé Wach.,., âgé de 19 ans.

Le père et la mère du malade sont également violents et emportés, et, selon l'expression de son fils, le père, très nerveux, se met dans des colères telles que souvent surviennent à ce moment des épistaxis.

A l'âge de six ans, notre malade entre à l'hôpital Trousseau pour y subir une lithotritie.

A 8 ans, nouvelle intervention. A 12 ans, troisième intervention, toujours à l'hôpital Trousseau.

A 17 ans, dernière opération pour la même cause à l'hôpital du Midi dans le service du D^r Mauriac.

Aucune autre maladie antérieure.

Il ne connaît aucun métier et avoue avoir été reconnu incapable d'en apprendre aucun.

Tout travail, dit-il, lui est d'ailleurs impossible.

Dernièrement, il entre comme manœuvre chez un vannier. Sa besogne, toute mécanique, consistait pendant toute la journée à couper avec un sécateur, des tiges d'osier.

Après un mois de travail, il se sent pris de faiblesse dans la main droite et peu de jours après, sa main entière se gonfle et devient bleue. Il entre alors à l'hôpital. On constate une main gonflée, volumineuse, dont la peau est tendue, luisante, marbrée de taches rouges et violacées. Cet œdème est dur, indolent et s'arrête nettement au niveau du poignet au-delà duquel les téguments prennent aussi la coloration normale. La main malade présente un abaissement de température manifeste.

Elle est fermée et toute tentative de la tension même passive, reste sans résultat. Elle est donc en véritable contracture.

La recherche des stigmates hystériques a donné les résultats suivants.

Pas d'anesthésie appréciable des téguments, sauf au niveau de la main malade. En particulier, aucune différence sensible à ce point de vue, entre les deux moitiés symétriques du corps.

Abolition complète du réflexe pharyngé. Rétrécissement concentrique du champ visuel et diminution de l'acuité visuelle pour l'œil droit.

Le malade se plaint de faiblesse dans les jambes. L'amyosthénie paraît, en effet assez marquée des deux côtés. Les réflexes patellaires sont sensiblement exagérés.

Wach... n'a jamais eu d'attaque hystérique ; mais il accuse des vertiges soudains, et fréquents et tellement violents qu'il est obligé de se tenir, pour ne pas tomber, aux objets environnants.

Son sommeil très agité, est troublé par des rêves nombreux. Il raconte que ses parents lui ont souvent rappelé que, lorsqu'il était jeune, il se levait la nuit, allumait la bougie et travaillait à ses devoirs d'écolier, tout cela, sans se réveiller.

Au bout de quatre jours, sans aucun traitement, l'œdème et contracture avaient complètement disparu. Il part pour Vincennes. La guérison s'était maintenue, quand nous l'avons revu un mois après.

Observation (personnelle).

Antécédents héréditaires. — Le père de la malade que nous avons observé était un buveur, chez lequel nous avons trouvé des signes manifestes d'alcoolisme. La mère, hystérique avérée, avait été opérée en janvier 1896, d'un cancer du sein à l'hôpital Broca, dans le service du Dr Pozzi. Son frère était également un buveur.

Antécédents personnels. — En novembre 1893, Pauline R..., âgée de 22 ans, fut soignée pour de la chlorose à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du Dr Hanot.

Après la mort de sa mère, qui eut lieu le 13 juin 1896, elle fut réveillée la nuit par des terreurs et des cauchemars, au milieu desquels il lui semblait revoir sa mère avec l'affection qui l'avait emportée.

Depuis ce moment, elle fut toujours dominée par la crainte d'y être elle-même sujette.

En juin 1897, à l'époque de ses règles, elle se réveilla en sursaut la nuit, à la suite d'une sensation de tiraillements et de picotements éprouvée dans le sein gauche. Son sein, disait-elle, était gonflé et violacé. Ces phénomènes aigus disparurent au bout de 24 heures, et ce n'est que quelques jours après que nous vîmes la malade. Elle présentait à l'inspection l'état suivant :

Le sein avait conservé sa couleur normale ; mais le mamelon était limité inférieurement par deux cordons couleur lie de vin. Il était le siège d'une forte hyperesthésie.

De plus, la température de la main et du pied gauches était notablement plus basse que celle du côté droit.

La malade est sujette à des attaques de nerfs, et l'on constate chez elle une hyperesthésie généralisée. Elle est très impressionnable ; elle pleure pour rien. La moindre contrariété suffit pour provoquer chez elle des phénomènes bien caractéristiques ; elle sent une boule qui lui monte à la gorge, des battements aux tempes et de la céphalalgie.

En outre, nous avons constaté chez elle d'autres stigmates d'hystérie : abolition du réflexe pharyngien et un léger degré de rétrécissement du champ visuel.

CONCLUSIONS

1° Parmi les troubles trophiques de l'hystérie, l'un des plus importants est l'œdème, qui peut être de deux sortes : blanc ou bleu ;

2° Il se développe chez des sujets à stigmates hystériques, présentant la diathèse vaso-motrice.

Parmi les causes occasionnelles, il faut citer principalement le rhumatisme, l'intoxication oxycarbonée, les émotions, le refroidissement et le traumatisme.

3° Au point de vue de la pathogénie, on doit le considérer comme le résultat d'une paralysie vaso-motrice due à l'hyperexcitabilité du pouvoir excito-moteur de la moelle, tenant elle-même, peut-être, à la diminution du pouvoir inhibiteur de l'écorce cérébrale.

4° Il se distingue des autres œdèmes par la consistance dure, la coloration spéciale, l'absence de sérosité, l'unilatéralité, la régularité, l'hypothermie, l'anesthésie constante, l'hypertension, l'apparition et la disparition brusques, la coexistence avec la paralysie ou la contracture.

5° Ces caractères cliniques suffisent amplement à la différencier du phlegmon diffus, de l'œdème rhumatismal,

de l'érythromélgie, de la syringomyélie, de la maladie de Morvan, de l'asphyxie locale des extrémités.

6° Le pronostic est bénin, quand on a reconnu la nature de l'affection.

7° Le traitement est semblable à celui qui est indiqué contre les autres accidents hystériques. Il consistera surtout dans l'emploi des antispasmodiques, des modérateurs réflexes, de l'hydrothérapie et de la suggestion hypnotique.

Vu par le Président de la thèse,

LABOULBÈNE.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- SYDENHAM. — Médecine pratique, avec des notes, par feu M. A.
- JUAULT. — Nouvelle édition, cinquième partie, Avignon, an VIII, 1799.
- MARTIN. — Thèse de Paris, 1876 :
- V. DAMASCHINO. — Gazette des hôpitaux, 1880, p. 561-563 ; Troubles trophiques dans l'hystérie.
- FABRE. — Nouveaux fragments de clinique médicale. L'hystérie viscérale. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1883.
- WEIR MITCHELL (The American journal of mental Science 1884, tome 88, p. 94 : Unilateral swelling of hysterical hémiplégie).
- CHARCOT. — Leçons du mardi, à la Salpêtrière. Tome 2. Leçon du 28 janvier 1889.
- GILLES DE LA TOURETTE ET DUTIL. — Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, tome 2, p. 251, nov. 1889 : Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie. Atrophie musculaire et œdème.
- CHARCOT. — Journ de méd. pratique, sept. 1890 : Œdème bleu des hystériques.
- CHARCOT. — Progrès Médical, 11 oct. 1890 : Œdème bleu des hystériques.

- CHARCOT. — Revue de l'hypnotisme. 1^{er} juin 1890 : Œdème bleu des hystériques, reproduit expérimentalement par suggestion.
- TRINTIGNAN. — Thèse de Paris, 17 avril 1890 : Œdème hystérique.
- ATHANASSIO. — Thèse de Paris, 27 mars 1890 : Troubles trophiques dans l'hystérie.
- PITRES. — Progrès médical, 21 février 1891 : troubles trophiques dans l'hystérie.
- BOIX. — Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, janvier-février 1891 : œdème bleu hystérique.
- THIBIERGE. — Société française de Dermatologie, 10 mars 1892 : Un cas d'œdème bleu hystérique.
- M^{me} BERTILLON. — Archives de neurologie, 1892 : Un cas d'œdème hystérique.
- ERN. WILLS ET DUDLEY COWPER. — Brain, p. 182, 1893 : angio-neurotic œdema with a record of 5 cases.
- GAJKIEWIEZ. — Gaz. lek., septembre 1893 : Un cas d'œdème hystérique.
- CARDOSI. — Gazzetta degli Ospedali, 1893 : Un cas d'œdème hystérique.
- WIZEL. — Gaz. lek., 1893 : hystérie avec œdème bleu et certains troubles de la mémoire.
- COSH. — Voir Revue Rouvier, 1894 : œdème hystérique.
- DELACOUR. — Bull. Soc. Scient. de l'Ouest, 1895, tome 3 : observation d'œdème hystérique.
- HIGIES. — Revue Rouvier, 1885 : œdème aigu et chronique dans quelques névroses et en particulier dans l'hystérie.
- SOYEZ. — Thèse de Paris, 1895-1896 : œdème hystérique.

ALELEKOFF. — Medicinsko'e Obozrinié, 1896, tome XLV :
Pathologie de l'œdème bleu.

MOREL. — Médecine moderne, 11 mars 1896 : Epididymite
hystérique avec œdèmes nerveux et poussées incessantes
d'érythème nouveau.

WIDAL. — Société médicale des hôpitaux, 22 mai 1896 : ulcé-
rations buccales, œdèmes, érythème nouveau, orchites
probablement d'origine hystérique.

PARDO. — Société des hôpitaux de Rome, 1896 : un cas
d'œdème hystérique.

BRODIE. — Leçons sur les affections nerveuses locales. trad.
française du Dr Aigre.

AXENFELD ET HUCHARD. — Traité des névroses.

GRASSET. — Traité des maladies nerveuses.

GILLES DE LA TOURETTE. — Traité de l'hystérie.

PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme.

SOLLIER. — Genèse et nature de l'hystérie, 1897.



